

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 27 Décembre 1899, à 1 heure

PAR

Maurice LAISNÉ

Né à Paris, le 12 Mai 1874

Ancien externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE

L'URÉTÉRO-CYSTO-NÉOSTOMIE

ET DU TRAITEMENT

DES FISTULES URÉTÉRO-VAGINALES

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. LÉTULLE, professeur.

MAUCLAIR et DESGREZ, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 27 Décembre 1899, à 1 heure

PAR

Maurice LAISNÉ

Né à Paris, le 12 Mai 1874

Ancien externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE
L'URÉTÉRO-CYSTO-NÉOSTOMIE
ET DU TRAITEMENT
DES FISTULES URÉTÉRO-VAGINALES

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. LETULLE, professeur.

MAUCLAIR et DESGREZ, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

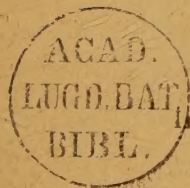
PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RAGINE, 15

1899



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS :		MM.
Anatomic		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie		N...
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale	}	JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
		GRANCHER
Maladies de enfants		JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux		BERGER
	}	DUPLAY
Clinique chirurgicale		LEDENTU
		TILLAX
Clinique ophtalmologique		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON
Clinique d'accouchement	}	BUDIN
		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

ET DE

MA GRANDE-TANTE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

GILBERT BALLET

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

CHÉR ET VÉNÉRÉ MAÎTRE,

Vous avez été, au cours de mes études, non-seulement un maître bienveillant, mais encore, si le respect dont je vous entoure ne m'arrêtait, j'oserais dire un ami. Le premier, vous avez contribué par vos excellentes leçons, à mon instruction médicale, vous devez être le premier à qui j'exprimerai ma reconnaissance et ferai hommage de mon dévouement.

Introduction

Nous avons au début de cette thèse inaugurale un devoir bien doux à remplir, celui de remercier M. le Professeur Tillaux, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, et les maîtres éminents qui nous ont enseigné les différentes branches de l'art de guérir.

Nous avons été successivement externe des hôpitaux de Paris dans les services de MM. les Docteurs Picqué, chirurgien de la Pitié, et Guillemain, chirurgien de Bichat, qui nous ont appris à connaître les affections chirurgicales ; de M. le Docteur Josias, qui, à Trousseau, nous a enseigné les maladies des enfants, de M. le Docteur Gouguenheim au service de laryngologie de Lariboisière et de M. le Professeur agrégé Maygrier à la Maternité du même hôpital.

Outre ces praticiens éminents, membres du corps enseignant de la Faculté, nous avons été pendant deux ans assistant à la clinique particulière d'ophtal-

mologie du Docteur Vignes ; nous n'oublierons point la façon dont il nous a accueilli.

Le Docteur Latteux nous avait gracieusement ouvert son laboratoire de bactériologie ; nous nous souviendrons toujours de son affectueux et excellent enseignement.

Que MM. les Docteurs Arrou, chirurgien des hôpitaux, Schwab, chef de clinique obstétricale, et Branca veuillent bien recevoir ici l'expression de nos amicaux sentiments.

Constamment au cours de nos études, sans avoir été notre maître, M. le Docteur Lacombe, médecin de Beaujon, nous a aidé de ses bons conseils ; souvent il nous a aplani une route ardue ; il acceptera, nous n'en doutons pas, l'hommage de notre respect et de notre inaltérable dévouement.

M. Faure, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté, nous a confié l'observation d'une malade de son service, nous lui en gardons une respectueuse reconnaissance.



Historique

Lorsque nous recherchons la cause d'une fistule urétéro-vaginale, c'est le plus souvent dans une opération antérieure pratiquée soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale que nous la trouvons.

La chirurgie de l'utérus et des annexes ayant pris une grande extension ces vingt dernières années, c'est récemment aussi que l'étude du traitement des fistules urétéro-vaginales a pris naissance.

En 1880, cette étude a subi un premier pas. Déjà plusieurs chirurgiens ont proposé ou pratiqué l'extirpation du rein. Cette opération qui reste encore un moyen pour les cas d'une gravité extrême, où le rein ne peut être conservé, ne devait pas longtemps être jugée nécessaire dans les fistules urétéro-vaginales.

A côté de cette intervention, radicale à l'excès, sont faites par le vagin des opérations dont nous aurons l'occasion de parler dans la suite et qui ont pour but d'amener le cours de l'urine dans la vessie.

Ce sont là des actes opératoires difficiles ne convenant pas à notre ère chirurgicale où l'on fait des opérations à ciel ouvert, sans craindre comme autrefois la sensibilité à l'infection de la séreuse péritonéale.

L'idée devait venir d'aboucher l'uretère malade en un point anormal de la vessie.

L'histoire de l'urétéro-cysto-néostomie comprend deux phases :

L'une expérimentale ;

L'autre chirurgicale.

La phase expérimentale va de 1887 à 1893.

Poggi (1) (1887) avait déjà tenté l'abouchement de l'uretère dans la vessie en expérimentant sur le chien.

Mais les recherches de Paoli et de Busachi (1888), relatant d'une façon précise le résultat de leurs expériences, furent les plus connues. Il font sur quatre animaux une section de l'uretère plus ou moins loin de la vessie et ils exécutent ensuite la transplantation en un point anormal.

Dans deux cas, ils ouvrent la face antérieure de la vessie, les animaux meurent infectés ; chez les deux autres, où la taille vésicale n'est pas pratiquée, les animaux guérissent.

(1) *Riforma medica*, 10 juin 1887.

La même année deux tentatives sont faites, l'une par Racidimonsky et Tizoni, l'autre par Lannelongue de Bordeaux. Dans la dernière une sonde est introduite dans l'uretère, puis dans la vessie au moyen d'une étroite ouverture à la paroi vésicale postérieure et sort par l'urèthre.

Plusieurs autres interventions sont signalées jusqu'à Baumm qui, en 1892, pratique la cystotomie sus-pubienne, pour traiter un cas d'urétère surnuméraire s'ouvrant dans le vagin.

A la Société de chirurgie en 1898, Bois d'Aurillac, signale le fait suivant : dans un cas d'abouchement de l'urétère à la vulve, en deux temps il pratique la transplantation dans la vessie.

En 1893 commence la phase vraiment chirurgicale.

Il serait puéril de discuter ici à qui appartient la priorité. Est-ce Novaro ou Bazy, qui le premier fit la laparatomie et implanta ensuite l'urétère en un point anormal de la vessie.

Les observations si souvent publiées et que nous résumons ici de ces deux chirurgiens montrent que leur procédé est différent et que, si les communications furent faites à quelques mois d'intervalle, elles ne sont pas moins complètement étrangères l'une à l'autre.

Depuis, les cas d'urétero-cysto-néostomie se sont

multipliés et dans chacun on note de nouveaux détails opératoires rendant cette opération complexe plus facile et moins dangereuse.

C'est ainsi que Rouffart et Boari décrivent des instruments spéciaux. En faisant la cystopexie au cours de l'uctéro-cysto-néostomie, M. Faure a indiqué un temps opératoire dont l'utilité peut être des plus grandes et assurer dans certains cas le succès de l'opération.

Nous avions presque terminé notre thèse quand parut dans les annales des maladies des organes génito-urinaires l'étude clinique et expérimentale de M. Boari. Nous n'avons pu nous empêcher de réparer quelques uns de nos oublis en faisant de fréquents emprunts à ce travail.



Division

Les observations qui constituent la deuxième partie de ce travail montrent quelles difficultés ont rencontrées les opérateurs dans la cure des fistules urétéro-vaginales.

Notre première tâche sera donc de discuter brièvement si toute fistule urétéro-vaginale mérite une intervention.

Ensuite, si une intervention paraît nécessaire, il faut que nous sachions quels procédés opératoires sont à notre disposition, et c'est après, que nous décrirons la valeur et le manuel opératoire de l'urétéro-cysto-néostomie. C'est sur cette dernière que nous nous étendrons particulièrement afin d'indiquer ce qui, d'après l'observation que l'on nous a confiée et d'après celles que nous avons résumées, apporte un élément de facilité et en même temps de sécurité,

Indications et Contr'indications opératoires

La fistule urétéro-vaginale constitue une grande infirmité, et d'autre part elle est susceptible de s'accompagner de désordres graves dont rend compte son anatomie pathologique.

Les auteurs disent peu en général la gêne qu'apporte l'écoulement de l'urine par l'uretère dans le vagin.

C'est dans les fistules vésico-vaginales ou vésico-utérines que l'on signale parfois l'intolérance et l'irritation du vagin, ainsi que les troubles de l'état général.

Dans certains cas de fistule vésico-vaginale il est rapporté que les malades ont pu retenir leurs urines, ou ne les perdre que dans certaines positions, le décubitus latéral (Verneuil) par exemple. La situation du col par rapport au bas-fond de la vessie permet de comprendre ces particularités.

Mais dans la fistule urétero-vaginale il n'en est plus de même. C'est un écoulement constant, ne s'arrêtant jamais, quelle que soit la situation de la malade, n'augmentant qu'au moment où physiologiquement l'excrétion urinaire est augmentée.

L'abondance de l'écoulement est variable et dépend de l'étendue de l'orifice urétéral s'ouvrant dans le vagin.

Cet écoulement ne provoque pas d'habitude d'inflammation de la muqueuse vaginale. Mais le contact de l'urine avec les téguments provoque de l'érythème de la face interne des cuisses et de la région inguinale. Ce sont de vives démangeaisons, en même temps que s'exhale une odeur urineuse pénible à la malade et à son entourage, et dont elle ne peut se débarrasser totalement, malgré les plus grands soins de propreté.

En pensant à la malade que nous avons suivie à l'hôpital de la Charité, salle Gosselin, nous ne pouvons nous empêcher de dire l'existence malheureuse qu'elle menait. Malgré des compresses et des bandages en T fréquemment changés, la malade ne pouvait avoir du linge sec.

Dans la journée, la vie était supportable, la malade trouvant de la distraction, aidant le personnel; mais le soir, la nuit, c'était un court sommeil fréquemment dérangé par l'humidité de ses draps qui la gênait constamment. La malade en était arrivée à dormir assise sur un bassin plat.

C'est là une infirmité qui demande un traitement réclamé à grands cris par la malade.

La fistule urétéro-vaginale peut causer des mo-

difications de l'état général; mais, s'il n'y a pas d'accidents, ces modifications ne semblent pas avoir une évolution très rapide. Notre malade, affaiblie par les deux premières interventions, et surtout par l'inflammation pelvienne qui les avait nécessitées, se remit malgré la fistule, reprit de l'appétit et ses forces augmentèrent.

Dans d'autres cas, les malades semblent s'être affaiblies et c'est avec peine qu'elles supportent une intervention.

Ces différences dans l'état général trouvent leur explication dans le degré d'infection des voies urinaires, dans la nature de l'affection ou de l'accident qui a causé la fistule.

L'état des voies urinaires est très important. Il a beaucoup préoccupé tous ceux qui se sont occupés de la question, et la thèse de Baigne relate avec soin l'état des urines uréthrales et urétérales avant et après l'opération.

Il est évident que lorsque le rein est suppuré, que lorsque sa fonction est compromise, il n'y a pas à penser à intervenir sur l'urètre.

C'est là une contre-indication importante de l'urétero-cysto-néostomie. Mais lorsque les urines contiennent du pus, il importe de savoir d'où sort ce pus, s'il a été amené par l'urètre malade ou s'il vient de la vessie.

Chez notre malade les urines étaient infectées, mais parce que la malade avait de la cystite, ce que confirma l'examen cystoscopique. Cette cystite fut guérie et l'opération put être pratiquée.

Mais lorsque c'est l'urine écoulée par l'urètre qui contient des globules du pus, nous devons nous adresser à l'exploration du rein et, si celle-ci ne dénote pas un état irréparable de cet organe, l'opération n'est pas contr'indiquée.

Dans tous les cas et en particulier dans les observations de Bazy, où il y a infection des voies urinaires, l'opération est suivie de leur retour à l'état normal.

C'est que nous n'avons pas à traiter seulement la fistule, nous avons à traiter le rétrécissement de l'urètre enfoui dans une masse cicatricielle ou néoplasique. Le rétrécissement disparu, l'infection suit sa marche régressive.

Nous n'avons pas à faire ici l'étiologie des fistules urétero-vaginales, mais nous nous permettons de mettre dans une classe spéciale les fistules résultant d'un cancer de l'utérus, que l'abouchement de l'urètre dans le vagin soit spontané ou qu'il résulte de la manœuvre opératoire.

Dans l'ablation par l'abdomen d'un cancer de l'utérus, si l'urètre est englobé dans le néoplasme, et

si le chirurgien veut mener jusqu'au bout son opération, il pourra, ainsi que le fit Schede (signalé par Boari), sectionner l'urètre au-dessus de la partie malade et l'aboucher dans la vessie.

Mais, si nous sommes à quelques jours de l'intervention ou si la fistule est spontanée, doit-on opérer ?

Bien des chirurgiens et des plus célèbres ne cessent de dire, qu'après avoir longtemps opéré les carcinomes du col de l'utérus, aujourd'hui ils n'opèrent que lorsqu'ils ont la main forcée, et ils n'enlèvent la tumeur qu'à regret, sachant la récurrence presque, pour ne pas dire toujours, inévitable.

Que penser alors d'une intervention d'une certaine importance pour un accident au cours du néoplasme ?

Les faits de Tuffier, de Penrose, dont les observations sont résumées plus loin, sont encourageants ; mais, malgré cela, nous ne pouvons nous défendre d'une grande hésitation.

D'abord, la fistule guérie, rien ne peut prédire que la maladie ne continuera pas son évolution, au contraire. Ensuite chez un cancéreux, toute opération est grave quelle qu'en soit la nature. Sans cause, en quelques jours, même en quelques heures, un malade meurt après une simple laparotomie exploratrice.

D'autres contre-indications s'imposent, et elles ont

été particulièrement étudiées dans la thèse de Soneira (1898) sur l'urétéro-colo-néostomie :

La vessie est-elle atteinte de néoplasme, de cystite tuberculeuse ou non, ayant résisté à tout traitement, c'est ailleurs qu'il faut faire la transplantation de l'uretère.

A plus forte raison, si l'extrémité inférieure de l'uretère était atteinte par le néoplasme, l'abouchement dans l'intérieur de la vessie ne serait possible qu'autant que celle-ci serait peu atteinte et que sa lésion pourrait être réséquée (Albarran) ; en outre l'extrémité inférieure du bout central de l'uretère serait le plus souvent trop éloignée.

Nous sommes conduits à dire quelques mots des cas où l'abouchement de l'uretère dans la vessie est impossible.

Nous verrons que, dans la plupart de nos observations, on trouve l'uretère enveloppé d'un tissu fibreux dense et que c'est au dessus de ce tissu cicatriciel qu'il faut le sectionner. Il se trouve parfois alors que l'extrémité de l'uretère est trop élevée.

Abaisser l'uretère est impossible ; on peut l'isoler plus ou moins haut, l'étirer sans gagner beaucoup de terrain.

On peut penser à détacher la vessie de ses connexions avec le pubis et à l'élever plus ou moins haut. (Kelly).

La cystopexie, dont nous parlerons plus loin, pourra être un précieux auxiliaire qui maintiendra la vessie au dessus du pubis.

Mais quand ces efforts sont infructueux, l'urétéro-cysto-néostomie doit être abandonnée, à moins que l'on ne tente une autoplastie.

Nous ne dirons que quelques mots de ces tentatives expérimentales que signale Albarran ;

« Rydygrier a proposé l'emploi d'un lambeau
« cutané ; Weller, Wan-Hook d'un fragment longitu-
« dinal détaché de la vessie ; Tizzoni et Poggi, Peuger
« et Bacou Rosembing ont émis l'idée de remplacer
« un segment de l'uretère par une anse intestinale
« détachée du reste du tube digestif par une véritable
« exclusion ».

Récemment en novembre 1899, Casati et Boari donnent une observation constatant un succès d'autoplastie par lambeau vésical sur une chienne.

Nous savons maintenant dans quels cas il faut opérer, sans savoir encore par quel procédé ; mais avant de prendre une décision, nous pouvons dire sérieuse sinon grave, il faut que notre diagnostic soit complet.

Il y a fistule urétéro-vaginale ; nous en savons la cause, nous avons examiné les antécédents, l'état général ; il nous faut faire avec soin l'examen des urines, et, si nous pouvons le faire séparément, celui des urines vésicales et des urines urétérales.

Il faut examiner la malade au spéculum, voir à quelle hauteur est la fistule.

Nous avons injecté un liquide coloré dans la vessie, nous savons que celle-ci n'est pas en cause, il faut que nous fassions le cathétérisme de la fistule. Dans la plupart des cas il est impossible : on est arrêté par un rétrécissement et le niveau auquel se trouve ce dernier est déjà un élément important.

L'examen cystoscopique est d'une utilité de premier ordre, il nous indique déjà l'état de la muqueuse vésicale ; mais, ce qui est surtout important pour le chirurgien, il lui apprend quel est l'uretère atteint et c'est un grand point que de pouvoir dire avant d'opérer : c'est l'uretère droit qui est malade, c'est sur lui que va porter la première recherche.

On a tenté aussi le cathétérisme de l'uretère par la vessie. Dans une de nos observations on voit injecter du lait dans la cavité vésicale pendant l'opération. Ce sont là des pratiques qui ne peuvent être décidées que d'après l'exigence des cas auxquels on a affaire.

Choix du procédé opératoire

Nous n'avons pas à décrire ici tous les moyens employés pour guérir les fistules urétéro-vaginales. Mais il est nécessaire que nous les comparions à l'urétéro-cysto-néostomie dans laquelle on rétablit le cours normal de l'urine par abouchement de l'uretère malade en un point anormal de la vessie.

Nous éliminerons d'abord deux procédés que MM. Pozzi et Tuffier appellent indirects :

- 1° La néphrectomie ;
- 2° La colpocleisis.

Nous avons déjà vu comment dans l'espèce la néphrectomie a vit des contre-indications de l'urétéro-cysto-néostomie. Dans trois cas nous croyons qu'il y a lieu de pratiquer cette opération, qui sans être faite à la dernière limite, ne doit être proposée que lorsque tout a échoué.

Le premier cas, c'est lorsque plusieurs fois l'opération a manqué ; la fistule persiste, l'état général et encore plus l'état moral de la malade sont defectueux, elle et son entourage réclament un traitement définitif.

Le second cas se présente lorsque le rein est par trop malade et a perdu ses fonctions. Enfin la né-

phrectomie peut être utile lorsque l'ancienneté et l'intensité de l'infection de l'appareil urinaire font craindre les suites d'une laparatomie. A cette occasion, nous le répétons, par l'urétéro-cysto-néostomie, l'infection peut rétrocéder.

Signalons la ligature aseptique de l'uretère, pratiquée surtout expérimentalement.

Quant à la colpocleisis qui transforme la fistule urétéro-vaginale en vésico-vaginale, elle crée une autre infirmité.

Boari nous fournit des arguments en rappelant que dans deux cas publiés, sur les instances des malades, le chirurgien dût rouvrir le vagin, et que dans un autre il y eut cystite, puis calculs rénaux. Il conseille cette opération quand le rein opposé est suspect (1).

Les opérations autres que la colpocleisis et la néphrectomie agissent sur l'uretère.

Pozzi et Tuffier les appellent procédés directs : nous laissons pour le moment tous les procédés d'abouchement dans la vessie.

L'abouchement de l'uretère dans le colon à ses indications, mais ne peut être mis en parallèle avec l'abouchement dans la vessie.

Chaput, qui a pratiqué le premier l'urétéro-colos-

(1) (Annales des org. génitaux urinaires, 1879, page 1,075).

tomie, dit lui-même que c'est une opération de nécessité. C'est lorsque l'on ne peut joindre l'uretère à la vessie que l'on pensera à le joindre au côlon.

Les recherches dont nous avons parlé précédemment montrent que l'on cherche aujourd'hui des procédés d'autoplastie permettant de faire autant que possible une greffe vésicale.

La recherche de l'uretère au cours de l'uretéro-cysto-néostomie intra-péritonéale nous montre plus que tout autre argument à quelle hauteur on peut être obligé de le sectionner. La fistule siège au moins à 3 centimètres de l'extrémité de l'uretère (Baigne), et, étant donnée la longueur de la sténose péri-urétérale par le tissu cicatriciel, on est obligé de réséquer une notable partie du conduit.

Quelle influence pourront avoir les opérations plastiques par la voie vaginale ? Peut être pourra-t-on les utiliser dans le cas de fistule congénitale où il n'existe pas de rétrécissement.

Ces opérations sont nombreuses, nous les énumérerons seulement

Simon cathétérise l'uretère ainsi que la paroi postérieure de la vessie, et crée ainsi une fistule vésico-urétéro-vaginale qu'il suture.

Comme nous le disons plus haut, il faut pouvoir

cathétériser l'uretère et il faut que la fistule siège près de l'embouchure de l'uretère dans la vessie. Une perte de substance vaginale aux bords de laquelle viendrait s'ouvrir l'uretère pourrait être guérie par ce procédé.

Landau fait passer une sonde par l'uretère, le vagin, la vessie et la fait sortir par l'urèthre. Le cathétérisme est encore nécessaire.

Schede entoure la fistule d'une couronne de muqueuse vaginale. L'orifice fistuleux est reporté dans la vessie.

« C'est à un procédé analogue d'avivement qu'a
« eu recours par deux fois le professeur Trélat, sans
« cathétérisme de l'uretère. Il ne paraît pas en effet
« que le temps préliminaire de l'établissement d'une
« fenêtre vésicale et de l'introduction d'une sonde
« dans l'uretère soit si absolument indispensable
« comme dans le procédé de Landau (1).

Le procédé du dédoublement de Pozzi n'a été utilisé que dans le cas de fistule vésico-urétéro-vaginale. L'auteur avait au préalable cathétérisé l'uretère à une profondeur de 21 centimètres.

Les fistules urétéro-vaginales permettent rarement ce cathétérisme et par conséquent ce procédé.

D'autres chirurgiens ont employé des moyens

(f) Pozzi. Traité de gynécologie. Page 934.

semblables. Boari cite Mackenrodt qui fait une dissection de la muqueuse vaginale autour de la fistule et la suture aux bords de l'incision vésicale.

Ces procédés peuvent être employés lorsqu'on a affaire à une anomalie congénitale, ou lorsque l'orifice urétéral est mobile et le canal largement perméable.

Ils doivent céder le pas à l'urétéro-cysto-néostomie dans tous les autres cas où ils semblent indiqués et, dans les cas précédents, lorsque la première intervention n'a pas réussi. On ne doit pas compromettre la perméabilité du canal excréteur du rein sous peine de faire une opération très grave.

Enfin nous citons seulement l'abouchement cutané et l'abouchement urétéral de l'uretère.



Des différentes méthodes d'urétéro- cysto-néostomie

L'urétéro-cysto-néostomie par la laparatomie est la plus courante ; c'est elle qui fait l'objet des observations que nous résumons, et c'est elle que nous voulons surtout étudier ; mais la greffe de l'uretère sur la vessie a été faite par d'autres voies.

Ces observations sont exceptionnelles, mais nous ne pouvons les taire. Les documents concernant ce sujet sont réunis dans le travail de Boari où nous sommes obligés de faire de larges emprunts.

Méthode sacrée. — C'est un procédé difficile, donnant un jour restreint et qui n'a pas été suivi de résultats favorables.

Nous donnerons plus loin une observation de Vincini.

Méthode uréthrale. — Nous signalerons seulement les cas de Wölfler et Bos sans en donner l'observation.

L'urèthre et l'uretère s'ouvrent l'un près de l'autre : il suffit de faire communiquer l'uretère avec la vessie et de fermer l'orifice extérieur.

Méthode vaginale. — Cette méthode que Baigne décrit en détails repose sur l'opération de Mayo qui libère l'uretère par dissection, l'abaisse et le fixe à la paroi vésico-vaginale.

Trois semaines plus tard il avive l'orifice urétéral, incise la vessie, met une sonde en caoutchouc dans l'urèthre et la conduit jusque dans l'uretère. Il suture sur la sonde : La malade guérit.

Les indications d'une opération semblable sont restreintes ; c'est retourner aux opérations plastiques qui demandent des cas tout à fait exceptionnels.

Méthode sous-pubiennne. — Pratiquée une fois par Colzi dans un cas d'anomalie de l'uretère.

Méthode transvésicale supra-pubienne. — C'est une méthode qui est décrite dans les deux premières observations de Bazy. Chaque fois elle est suivie d'un retour de l'écoulement d'urine par le vagin. Dans l'observation d'Albarran (1) une autre intervention est également nécessaire.

(1) Albarran. — (Société de Chirurgie 16 Juin 1897).

Méthode extrapéritonéale. — Les conclusions qui terminent l'observation d'Amann résument l'intérêt de cette méthode.

1° L'uretère suit pour arriver à la vessie une voie relativement courte et située en dehors de la cavité péritonéale.

2° La vessie est déplacée à la rencontre du canal urétral jusque dans la fosse iliaque correspondante.

3° La suture de la vessie et de l'uretère se fait en dehors du péritoine et après fermeture de la cavité péritonéale.

4° Dans le cas où la réunion de l'uretère à la vessie ne se ferait pas par première intention on peut retourner facilement au lieu d'implantation.

Cette greffe extra-péritonéale de l'uretère sur la vessie pratiquée encore par d'autres chirurgiens, tels que Budinger et Veit au premier abord pourrait paraître tentante :

L'urétéro-cysto-néostomie est délicate. Elle nécessite du jour. Il faut que l'uretère soit étiré le moins possible et en l'écartant de son chemin normal il perd de sa longueur.

Y a-t-il avantage au point de vue d'infection ? Le drainage abdominal et surtout le drainage vaginal sont suffisants, et dans tous les cas dont nous parlons alors même que de l'urine s'est écoulée dans la cavité péritonéale, les malades guérissent.

Garnir le petit bassin et l'intestin, travailler au-dessus de compresses aseptiques sont une garantie plus grande et exigeant moins de manœuvres difficiles que la méthode extra-péritonéale. Restent les méthodes transpéritonéales et intrapéritonéales. Ces deux méthodes, l'une de Novaro, l'autre de Bazy, ne sont pas essentiellement différentes.

Dans la première, Novaro au cours de l'intervention passe une mèche sous le péritoine jusqu'à la suture urétéro-vésicale, dans la seconde Bazy introduit une sonde dans l'uretère. C'est, suivant Baigne, le drainage intra-urétéral opposé au drainage extra-péritonéal.

Nous ne pensons pas qu'il y ait une semblable opposition. La sonde urétérale a une importance particulière, c'est sur elle que l'on suture, c'est elle qui garantit l'écoulement de l'urine. Elle seule permet d'affirmer que l'uretère reste perméable. En somme, cet adjuvant n'est pas comparable à un drainage, quelle que soit sa valeur.

Laissant de côté ce drainage de Novaro qui rend l'abouchement extra-péritonéal et qui n'est qu'un détail dans l'urétéro-cysto-néostomie, nous nous occuperons de la méthode intrapéritonéale.

Manuel opératoire de l'urétéro-cysto-néostomie intrapéritonéale

Nous diviserons ce manuel opératoire en plusieurs temps :

1° Position à donner à la malade (c'est le plus souvent une malade) ;

2° Incision de la paroi abdominale antérieure ;

3° Recherche et découverte de l'uretère ;

4° Ouverture de la vessie ;

5° Anastomose ;

6° Situation à donner à cette anastomose, à l'uretère et à la vessie ;

7° Drainage. Fermeture de la paroi.

1^o Position à donner à la malade

Pour voir le dôme vaginal, l'utérus, si la fistule n'est pas consécutive à une hystérectomie, pour explorer plus facilement les parois du petit bassin et la vessie, il faut que l'intestin soit écarté.

Aussi la position à donner à la malade est celle de Trendelenbourg.

Une objection pourrait être faite : dans cette position, si de l'urine s'écoule par l'uretère, elle pourra glisser dans la grande cavité péritonéale au lieu de rester dans le petit bassin sous les yeux de l'opérateur ; mais une première précaution peut empêcher cet écoulement, c'est de saisir l'uretère, avant de le sectionner, entre deux pinces à mors élastiques que l'on pourra, pour éviter une compression trop forte, entourer de drains de caoutchouc.

Ensuite, si de l'urine s'écoule, elle ne doit tomber que sur des compresses placées en deuxième ou troisième plan au-dessus des compresses chargées de garnir l'intestin et le petit bassin.

Avant de donner la position inclinée à la malade, la paroi, la vulve et le vagin ont été aseptisés.

La vessie a été vidée et l'on a pratiqué un lavage boricé.

2° Incision de la paroi abdominale antérieure

Dans la méthode extra-péritonéale, plusieurs incisions ont été proposées, l'une parallèle à l'arcade crurale, l'autre suivant le bord externe du muscle grand droit (Rouffart). Ici c'est une incision médiane du pubis à l'ombilic, plus longue encore s'il est nécessaire. Il faudra du jour, beaucoup de jour, et quelques centimètres de plus à l'incision de la paroi n'augmentent pas la gravité de l'opération.

La paroi est donc ouverte sur la ligne médiane, le péritoine repéré ou non.

Si nous voulons immédiatement voir le petit bassin, il suffit comme le fait M. Faure, de placer la valve de Doyen. Elle est facile à mettre. Elle demande la main d'un aide il est vrai ; mais cette main appuyée sur le pubis de la malade n'aura pas à prendre une autre part à l'opération et les chances d'infection ne seront pas augmentées.

La valve placée, rapidement des compresses chaudes recouvrent l'intestin.

Nous ne reviendrons plus sur ce jeu de compresses qui est si précieux pendant le cours de l'intervention.

3° Recherche et découverte de l'uretère.

Dans notre observation et dans la deuxième observation de Bazy, les annexes se présentent. Il faut les enlever. Cette ablation des annexes faite au début de l'urétéro-cysto-néostomie peut rendre un drainage nécessaire à elle seule, si un peu de sérosité ou de pus a fait issue dans le petit bassin.

Si l'examen cystoscopique a été pratiqué, on sait immédiatement de quel côté diriger ses recherches ; sinon, il faut explorer des deux côtés.

Si en tirant la vessie en avant, on voit saillir un cordon (Tuffier), c'est un uretère et presque certainement celui du côté sain.

L'extrémité inférieure de l'uretère malade, rétrécie, entourée de tissus fibreux ne ferait pas saillie et il faut aller chercher le conduit à la bifurcation de l'iliaque. C'est là qu'accolé au péritoine, sa découverte est plus facile.

Pendant sa recherche, un vaisseau utéro-ovarien peut saigner. Il sera pincé aussitôt. Il suffit d'inciser le péritoine sur l'uretère et de suivre ce conduit le plus bas possible en disséquant de loin sa paroi afin de ne pas détruire ses moyens de nutrition.

Dès que l'on est au rétrécissement, on peut prendre l'uretère entre deux pinces à mors élastiques.

Y a-t-il danger à saisir ainsi l'uretère avec une pince ? M. Faure se servit de cet instrument et il ne vit en le retirant aucune lésion appréciable de la paroi externe du conduit ; un léger aplatissement peut être, qui ne persista que quelques secondes.

Le résultat de l'opération montre d'ailleurs que l'uretère ne fut pas lésé.

Après la section on peut lier et enfouir le bout inférieur qu'il soit ou non perméable.

4° Ouverture de la vessie

Cette ouverture peut se faire avec ou sans cathéter peu importe. Ce qui paraît utile c'est d'ouvrir largement les tuniques jusqu'à la muqueuse, et au contraire d'une façon étroite pour cette dernière.

La muqueuse n'a besoin que de s'adapter à la section de l'uretère ; les autres tuniques serviront à entourer le conduit au dessus de son embouchure et à garantir les sutures profondes.

Laisné

En quel point faut-il inciser la vessie ? L'idéal serait d'aboucher l'uretère près de son embouchure normale à la paroi vésicale postérieure. Mais s'il a fallu sectionner plusieurs centimètres du conduit, c'est plus ou moins près du sommet que l'on fera la transplantation.

Le choix de ce point se fera en approchant de la vessie l'extrémité sectionnée et l'incision sera faite ensuite.

3° Anastomose.

L'emploi de la sonde urétérale facilite beaucoup ce temps de l'opération. On doit l'introduire dans la vessie par l'incision, aller la chercher dans la vessie au moyen d'une pince introduite dans l'urèthre et passer ensuite l'autre bout de la sonde dans l'uretère. Cette sonde ne remplit pas la lumière du canal ; malgré cela, dès qu'elle est placée, aucun liquide ne s'écoule dans la cavité péritonéale. C'est là un premier avantage.

Le second est de faciliter la suture qui est le temps le plus difficile de l'opération.

Les uns emploient le catgut (Faure), d'autre la soie. Dans un cas nous voyons employer la soie pour la muqueuse, le catgut pour les autres tuniques. C'est un point moins important que la suture elle-même.

D'abord une circulaire de points séparés sur les muqueuses, puis d'autres points nombreux en avant et en arrière.

Pour arriver en arrière, il faut que l'aide, tenant délicatement la vessie d'une main, l'uretère de l'autre, fasse tourner ses mains de façon à présenter au chirurgien la région postérieure.

Si des lambeaux péritonéaux ont été ménagés, il faut les utiliser pour recouvrir la région suturée, ce qui la renforce et la protège.

D'autres procédés ont été décrits pour la greffe de l'uretère dans la vessie.

Baldy, après avoir pratiqué sur la vessie une incision de un centimètre et demi, passe trois fils de catgut dans l'uretère à quelques centimètres de la section.

Ces fils traversent la paroi vésicale à une certaine distance de l'incision.

L'uretère invaginé dans la vessie, on fait une suture muco-muqueuse, un deuxième plan de sutures musculo-muscleuses et séro-séreuses.

Büdinger fait passer sur une longueur de quelques

centimètres l'uretère dans un repli des parois vésicales. Il crée ainsi un trajet intra-pariétal à l'uretère comme à l'état normal.

Roufart, dont nous citons une observation, se sert d'un instrument consistant en une sonde portant deux ailettes à son extrémité. La sonde est introduite dans l'uretère ; les ailettes retiennent ses parois et peuvent l'attirer dans la vessie.

Enfin Boari, qui donne une excellente description de ces procédés, applique à l'abouchement de l'uretère sur la vessie, le bouton qui lui a servi dans l'urétéro-colostomie.

On introduit la partie supérieure du bouton dans l'uretère et on fait une suture continue et ovalaire sur la vessie. On incise au milieu de cette suture et après avoir introduit la portion large du bouton, on fait avec les extrémités du fil un nœud serré.

On peut faire quelques points supplémentaires réunissant les tissus périurétérits aux tissus périvésicaux.

Le bouton s'extrait plus tard facilement par l'urèthre.

Boari donne à l'appui six observations, qui montrent que l'emploi du bouton peut avoir une grande utilité.

6° Situation à donner à cette anastomose, à l'uretère et à la vessie

Lorsque M. Faure eut accompli l'anastomose, il vit que l'uretère était tendu, à la façon d'une corde, dans la cavité péritonéale. Il mit une mèche ; en la retirant quelques jours après l'opération on aurait lésé l'uretère ; il l'enleva.

* C'est alors qu'il eut la pensée pour soutenir l'uretère et la suture de s'aider du péritoine pariétal et de faire une cystopexie.

Deux catguts suffirent pour faire tenir la vessie à la paroi abdominale antérieure, et l'uretère cessa d'être aussi tendu, la vessie étant attirée en haut.

Dans aucune observation nous ne trouvons un fait semblable.

Peut-être pouvons nous rapprocher le cas de Baldy qui, pour éviter tout tiraillement, sutura la vessie à la paroi pelvienne postérieure. Rouffart, deux jours après l'opération, remarqua la nécessité de soutenir l'anastomose et n'hésita pas à placer un point de suture sur l'uretère un autre sur la vessie pour les rapprocher de la paroi abdominale antérieure.

C'est là une modification importante ; l'anasto-

mose de l'uretère et de la vessie étant faite, nous devons nous demander s'il n'y a pas une trop grande traction et, s'il le faut, élever la vessie en la réunissant au péritoine par quelques points de suture.

Dans le cas de Baldy la paroi postérieure était probablement plus rapprochée de l'anastomose.

Dans le nôtre, sans la cystopexie, l'opération eut certainement échoué, la situation de l'uretère étant très antérieure vu son abouchement en avant du sommet de la vessie.

7° Drainage, fermeture de la paroi

Faut-il drainer ?

A chaque cas une autre réponse s'impose. S'il n'y a pas eu à s'occuper de l'utérus ou de ses annexes, si de l'urine ne s'est pas écoulée, il n'y a à mettre ni mèche ni tube de caoutchouc. La réunion des lambeaux péritonéaux en avant de la suture garantit mieux que tout drainage. Mais s'il y a des doutes, il faut drainer.

Deux drainages sont en présence : l'un abdominal, l'autre vaginal.

Le vaginal est plus déclive ; il ne gêne en rien la greffe. Celle-ci viendrait-elle à manquer ; comme avant l'opération, l'urine s'écoulerait par le vagin sans danger aucun. Une mèche et un drain par le vagin peuvent se retirer facilement sans faire souffrir et sans déranger la topographie si précieuse des organes du bassin. Rappelons que souvent il y eut écoulement d'urine par la paroi, surtout après le drainage sous-péritonéal. On nous objectera que, dans notre observation, il y eut un instant écoulement d'urine par la plaie abdominale. Mais la malade, le lendemain de l'opération, déranger ses sondes pendant son sommeil, et c'est à cet événement surtout que nous rapportons la fistulisation par la plaie.

La paroi fermée, avant de quitter la malade, on mettra une sonde à demeure dans la vessie.

La sonde urétérale peut être retirée le huitième jour, l'urétrale le 10^e jour.



Suites opératoires

Un mot seulement des suites opératoires. Ou bien la malade est guérie pour toujours et urine normalement. Ou bien une fistule s'est établie soit par le **vagin**, soit par l'abdomen, cette fistule rétrocede et finit par guérir.

Nous n'avions trouvé que des observations constatant des succès opératoires. Boari cependant sur trente cas signale deux morts dont l'une survint par cachexie cancéreuse.

Nous ne trouvons pas d'observations où, sans mort, il y eut échec complet et où une fistule urétéro-vaginale revint pour ne plus guérir.



Observations

OBSERVATION I (Inédite)

Uretéro-cysto-néostomie intra-péritonéale

M^{lle} Laumain, âgée de 25 ans, domestique, entre le 27 juillet 1899 salle Gosselin, service de M. Faure, agrégé, en remplacement de M. le P^r Tillaux.

A. H. — Rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires.

A. P. — Pas de maladies antérieures.

La malade est bien réglée jusqu'il y a deux ans.

A cette époque accouchement laborieux à la suite duquel elle a eu des métrorrhagies assez abondantes, pendant un laps de temps qu'elle ne peut préciser, mais de plusieurs mois au moins.

Depuis les menstrues sont anormales, elles sont plus fréquentes qu'avant l'accouchement ; elles sont plus abondantes et durent plus longtemps.

Le début des douleurs remonte à un an ; la malade se souvient avoir souffert alors dans les deux aines et les régions lombaires.

Entre les menstrues et s'accompagnant de phénomènes douloureux, d'abondantes pertes blanches.

Depuis trois mois, ces pertes sont plus abondantes, plus fréquentes. Les douleurs ont augmenté ; elles obligent la malade à garder le lit d'une façon intermittente, le repos étant suivi chaque fois d'une amélioration.

Pendant ces derniers mois l'état général s'est également modifié : amaigrissement sensible, perte de l'appétit, maux de tête fréquents.

Le 27 juin, elle entre dans le service de M. le docteur Labadie-Lagrave, où on constate dans l'aine du côté droit, une tumeur accompagnée d'une vive douleur.

Six sangsues sont appliquées sur la région douloureuse. La température qui est de 38°8 descend progressivement et atteint 37° le jour du passage en chirurgie.

Etat de la malade à son entrée salle Gosselin le 4 juillet.

L'utérus est mobile, il a son anteversion normale ; mais il est un peu dévié à gauche. Son volume semble être augmenté.

Le cul de sac latéral gauche est libre.

L'antérieur est un peu sensible. Ce sont les deux autres culs de sac qui sont le plus douloureux à la pression. Le droit est tendu : il est occupé par une masse volumineuse plus grosse que le poing, remontant dans la cavité abdominale.

Cette tumeur est séparée par une dépression verticale d'une seconde tumeur, plus petite, arrondie, occupant le cul-de-sac postérieur et séparée de l'utérus par un petit sillon.

Le toucher rectal ne fournit pas d'autres renseignements.

Hystérométrie : 7^{cm}.

Jusqu'au 10 juillet, les douleurs s'amendent un peu, mais la résistance de la tumeur persiste et son volume ne diminue pas.

Le 10 juillet. — Première intervention, anesthésie à l'éther.

Incision du cul-de-sac latéral droit suivant une ligne à concavité supérieure et gauche. Issue d'un liquide séreux peu abondant. Le doigt introduit par l'orifice de l'incision montre à M. Faure que, malgré la sortie de cette petite quantité de liquide, la tumeur n'est pas ouverte.

En un deuxième temps, cette tumeur est ponctionnée par un bistouri. Un peu de pus s'écoule.

Drainage de la poche avec un tube de caoutchouc en T.

Tamponnement vaginal.

Suites de la première intervention. — 11 juillet, le tamponnement vaginal est enlevé, le drain est laissé en place.

12 juillet. — Lavage par le drain. Le matin la température est à 38°, le soir à 38°5.

13 juillet. — 38°5 le matin.

Douleur vive dans le bas-ventre. Beaucoup de pus s'est écoulé par le drain.

Compresse laudanisée sur la région hypogastrique et les régions iliaques.

La douleur ayant augmenté, la tumeur ne diminuant pas et la température restant au-dessus de la normale entre 38° et 39°, une deuxième intervention est décidée.

15 juillet. — Deuxième intervention. — Hystérectomie vaginale. L'opération est extrêmement difficile. Elle dure près d'une heure. C'est un utérus adhérent qui ne descend qu'avec grande difficulté et son tissu friable se déchire à chaque instant.

Pas de pus pendant l'intervention. On ne voit ni les ovaires, ni les trompes.

Pincés sur les utérines, les ligaments larges, les tranches vaginales. Ces pièces sont laissées, entourées de gaze iodoformée.

Suite de la deuxième intervention. — 16 juillet : pouls, 112. Température, 38°7.

17 juillet. — Pouls, 96. Température, 37°.

Etat général satisfaisant.

Les pincés sont retirés.

18 juillet. — Pouls, 112. Température, 37°2.

Le ventre est un peu tendu, légèrement douloureux.

19 juillet. — Tamponnement enlevé.

Pendant quelques jours la malade ne se plaint de rien. Ce n'est que vers le 7 ou 8 août qu'elle dit mouiller son lit sans s'en apercevoir, malgré des mictions normales, mais peu abondantes.

Son état général redevient meilleur peu à peu sans être

complètement satisfaisant, mais la malade perd en partie ses urines et elle souffre beaucoup de cette infirmité.

L'urine traverse ses linges et provoque de l'érythème sur la partie supérieure des cuisses. La nuit elle est obligée de dormir assise sur un bassin.

Le 4 septembre on l'envoie à l'hôpital Necker où M. Albarran déclare tout examen cystoscopique impossible, la malade ayant de la cystite.

Les jours suivants on lui fait des lavages de la vessie avec de l'eau boriquée, suivis d'instillation de nitrate d'argent au 100°.

Le 12 septembre, la malade n'a plus de cystite. M. Albarran constate que c'est l'uretère droit qui ne déverse plus d'urine dans la vessie.

18 septembre : 3^e Intervention. — Urétéro-cysto-néostomie Cystopexie.

Anesthésie au chloroforme.

Asepsie de la paroi abdominale et du vagin.

La vessie est vidée.

Incision pubo-sous-ombilicale des différents plans de la paroi. On rencontre une adhérence du péritoine pariétal à l'épiploon ; l'adhérence est sectionnée entre deux pièces.

La valve de Doyen est placée.

On voit deux masses droite et gauche qui sont de volumineuses annexes que l'hystérectomie vaginale n'a pas atteintes.

Après avoir garni l'intestin avec des compresses, M. Faure défait les adhérences avec les doigts. A droite la tumeur se sépare facilement, un petit kyste sanguin s'ouvre

cependant. A gauche la libération est plus difficile, la poche se crève, du pus s'écoule sur des compresses qui sont rapidement enlevées.

Les annexes étant enlevées à droite et à gauche, le petit bassin est tamponné un instant pendant que M. Faure et ses deux aides se relavent les mains.

L'uretère droit est cherché à la bifurcation de l'iliaque primitive. Il est suivi jusqu'au vagin et séparé sur une étendue de 7 à 8 centimètres des tissus qui l'entourent. Pour faciliter la dissection le plus bas possible, le vagin est ouvert sur une pince intra-vaginale et ses tranches sont saisies avec d'autres pinces par l'abdomen.

L'uretère est sectionné près du vagin et saisi avec une pince à mors élastiques entourés de drains. De cette façon l'écoulement de l'urine ne gêne à aucun moment.

La vessie est incisée en avant du sommet, largement pour les tuniques externes, jusqu'à la muqueuse exclusivement, sur un espace d'un centimètre à un centimètre 1/2 pour celle-ci.

Une sonde urétérale est passée dans la vessie par cet orifice, saisie avec une pince entrée dans l'urèthre et amené au dehors. D'autre part, la sonde est introduite dans le bout central de l'uretère. Les sutures sont faites ensuite au catgut et par points séparés :

D'abord points de la muqueuse vésicale à l'uretère en avant et en arrière. Dans la région postérieure, la suture est difficile malgré la manœuvre de l'aide qui essaie de retourner l'uretère et la plaie vésicale en les maintenant l'un près de l'autre.

Ensuite, de nouveaux points unissent les tuniques musculouse et séreuse de la vessie aux tissus périurétérits et à la paroi du conduit lui-même.

Les derniers points ferment la vessie par dessus l'urètre qui semble y pénétrer par un canal.

Deux drains sont placés dans le vagin. On essaie de mettre une mèche, mais elle fait couder l'urètre et on est obligé de la retirer.

L'urètre, qui vient d'être abouché dans la vessie, semble être étiré quand la vessie s'abaisse ; aussi M. Faure pratique la cystopexie par deux catguts reliant la vessie au péritoine. Ces joints passent dans la tunique musculouse de la vessie et dans le péritoine pariétal.

Suture de la paroi en deux plans. Sonde de Pezzer dans l'urèthre.

Après l'opération, on constate que la malade urine par les deux sondes.

Suites de la 3^e Intervention. — Le jour et le lendemain de l'opération on fait des injections sous-cutanées de sérum artificiel.

L'état général est satisfaisant ;

Légère élévation de température. Le surlendemain, c'est-à-dire le 21 septembre, la malade pendant son sommeil retire ses deux sondes ainsi que les drains.

Les drains sont remis ainsi que la sonde uréthrale.

Les jours suivants la malade perd des urines en petite quantité (beaucoup moins qu'avant l'intervention) par le vagin.

Laisné

Le 28 septembre, on retire les fils de la paroi et on constate un peu de suppuration de la plaie.

Les jours suivants, la plaie est pansée quotidiennement. Elle se désinfecte rapidement, mais on constate que de l'urine s'écoule également par cette plaie.

Cet écoulement par le vagin et la plaie abdominale durent dix jours environ.

L'issue d'urine par le vagin cesse tout d'abord.

Enfin, quelques jours après la plaie est complètement fermée et la malade urine normalement.

Aujourd'hui elle est en excellente santé. Elle travaille toute la journée et l'on n'a pas pu faire pratiquer un nouvel examen cystoscopique.

OBSERVATION II (Bazy)

Résumée

Urétéro-cysto-néostomie intrapéritonéale (Annales des maladies des organes génito-urinaires. Juillet 1894).

La nommée T..., âgée de 43 ans, est adressée à M. Bazy le 17 juin 1893, comme étant atteinte d'une fistule urétéro-vaginale. Cette fistule est consécutive à une hystérectomie vaginale pour fibrome qui lui aurait été faite au mois de juillet précédent.

C'est à la suite de l'opération qu'elle a perdu de l'urine par le vagin. Une injection réplétive de lait dans la vessie ne détermine aucun écoulement par le vagin. La vessie contient presque la moitié d'un verre d'urine très claire.

L'exploration du vagin montre qu'un stylet peut pénétrer de 1 centimètre environ dans un orifice situé sur la partie droite de la cicatrice vaginale. La palpation bimanuelle du flanc droit permet de reconnaître la moitié inférieure du rein sous forme d'une tumeur globuleuse ou plutôt demi-globuleuse, lisse, ferme, régulière, non douloureuse, occupant l'angle costo-musculaire et descendant vers la fosse iliaque.

La percussion permet de se rendre compte que le côlon passe en avant de cette tumeur. Le rein est donc hydro-néphrotique.

La malade est pâle, faible, très anémiée.

Le 27 juin. — Examen des urines..... 4.500 gr.

Réact acide.

Urée..... 3 gr. 783 par litre.

Ni sucre, ni albumine.

Le 8 juillet, laparatomie et cystotomie sus-pubienne. La vessie est ouverte après avoir été saisie entre deux pinces, mais incisée trop tôt, de sorte qu'une partie du liquide borbiqué qui emplissait la vessie est sortie par l'incision. On voit l'urine s'écouler par l'uretère gauche.

Rien par l'uretère droit. Un stylet est introduit dans son orifice vésical sur une profondeur de 50 millimètres environ.

On referme la vessie par un sujet au catgut. On incise le péritoine de façon à pénétrer dans l'abdomen.

On cherche l'extrémité inférieure de l'uretère et on trouve un boudin cylindrique se terminant en bas, du côté de la vessie, par un tissu cicatriciel épais d'une longueur d'un centimètre et demi environ.

Comme il paraît difficile de faire aboucher l'uretère dans la vessie par suite de l'éloignement de l'extrémité inférieure, la vessie est rouverte, la suture étant achevée.

On se propose d'agrandir l'orifice urétéral, et passant à travers le tissu cicatriciel, de creuser un canal dans son intérieur. En agrandissant l'orifice urétéral, on arrive jusqu'à l'extrémité inférieure de ce tissu cicatriciel, mais on reconnaît que l'incision de ce tissu serait une manœuvre imprudente et inutile, et étant donné la faiblesse de la malade avant l'opération et le temps depuis lequel elle est endormie, on décide de refermer le ventre et de remettre toute tentative à une autre séance.

La vessie et la paroi sont refermées. Sonde à demeure dans la vessie.

19 août 1896. — Nouvelle opération. Laparatomie par abouchement dans la vessie d'un uretère atteint de fistule.

Incision médiane de 45 centimètres sur l'ancienne cicatrice.

Position inclinée.

L'intestin est facilement refoulé et nous voyons l'uretère volumineux, mais plus tendu.

Incision et dissection du péritoine sur l'uretère qui atteint 8 ou 9 millimètres de diamètre, tandis que dans la par-

tie supérieure du bassin il atteint 2 centimètres 5 environ.

Un gros trocart courbe et mousse est introduit par l'urèthre dans la vessie et repousse la paroi de celle-ci vers l'uretère.

L'uretère et la vessie sont ouverts au moyen de deux petites incisions verticales de 1 centimètre environ.

On abouche les deux incisions en les suturant lèvre à lèvre. Les demi-circonférences postérieures sont moins complètement affrontées que les antérieures. Les sutures sont faites à la soie.

Le péritoine est suturé par dessus au catgut. Une sonde de Nélaton, n° 13 avait été introduite par la vessie jusque dans l'uretère.

Une autre sonde est placée dans la vessie et les deux sondes sont fixées à demeure par un crin de Florence les rattachant à la petite lèvre.

Suture de la paroi. Drainage du péritoine au moyen d'une mèche aseptique.

Mèche enlevée le 5^e jour et un tube à drainage mis à la place.

Le 7^e jour, les sondes sont enlevées. Le 10^e jour après l'opération, on remet une sonde à demeure, la malade ne pouvant plus uriner seule.

Examen cystoscopique le 21 septembre 1893. L'orifice de l'uretère droit a la forme d'une fente oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Elle semble avoir 1 centimètre d'éendue.

On ne sent plus le rein droit à la palpation. Bonne santé dans la suite.

OBSERVATION III (Résumée). Bazy

Urétéro-cysto-néostomie intrapéritonéale

Dame M... opérée en 1892 d'une hystérectomie vaginale pour fibrome.

L'opération a été très difficile.

Le 23 juillet et le 23 août, MM. Peyrot et Bazy tentent un avivement pour oblitérer la fistule. Insuccès complet. M. Bazy fait le cathétérisme par le vagin, mais il est bientôt arrêté.

40 mars 1893. — Taille hypogastrique pour cure d'une fistule urétéro-vaginale.

La vessie est remplie d'eau boriquée.

Incision médiane de 8 centimètres. Le péritoine est refoulé.

La vessie est saisie avec deux pinces et une sonde y est introduite pour l'évacuer. La vessie est incisée.

Les valves placées, on aperçoit les orifices de l'uretère. De l'urine s'échappe à gauche. A droite un stylet est introduit sur une longueur de 1 mm. 1/2 environ. Le canal est oblitéré. Un cordon blanchâtre apparaît ; il est incisé avec précaution et suturé aux bords d'une incision de 2 centimètres de la vessie.

On place une sonde dans la vessie qui est suturé ainsi que la paroi.

L'urine continue à s'écouler par le vagin.

Après examen des urines provenant de la vessie (rien de spécial), de l'uretère (globules de pus très abondants), l'opération est faite.

21 novembre 1893. — Laparotomie urétéro-cysto néostomie.

Incision de 14 à 15 c.

Position inclinée.

L'uretère du volume de l'index est suivi depuis le détroit supérieur jusqu'au tissu cicatriciel qui le rattache à la vessie.

La trompe droite passe en avant de lui. Elle est réséquée sur une étendue de 5 centimètres et on laisse ses adhérences au rectum et au tissu cicatriciel.

Section de l'uretère à un centimètre de la vessie.

Sonde en caoutchouc rouge n° 14, dans l'uretère. On suture par 7 points séparés l'uretère à la vessie en comprenant toute l'épaisseur des parois. Drainage à la Mickulicz. Suture de la paroi.

La comparaison du liquide évacué par la sonde urétérale, avec celui retiré par ponction pendant l'opération, montre déjà une diminution des globules blancs.

La malade retire, le lendemain de l'opération, les deux sondes, pendant le sommeil.

4 janvier 1894. Examen cystoscopique orifice très visible.

Pendant quelque temps, la malade présente un phénomène bizarre. Elle urine davantage couchée que debout, phénomène que M. Bazy explique par les flexuosités de

l'uretère qui s'appliquent les unes sur les autres dans la station debout.

Bonne santé dans la suite,

OBSERVATION IV

(Navaro. — Résumée)

Urétéro-cysto-néostomie transpéritonéale

Femme E... 35 ans, entrée le 30 novembre 1891, pour carcimome du col de l'utérus.

9 décembre 1892. Hystérectomie vaginale. Voulant dépasser la limite du mal, on détermine une hémorragie. Une petite pince est placée.

Au 2^e jour après l'opération, douleur dans la régionombo-iliaque droite.

Température, 39°, 600 gr. d'urine. Pince retirée le 3^e jour. Le tamponnement vaginal a une odeur.

Le 7^e jour, écoulement d'urine par la partie droite de la plaie vaginale.

Sortie le 11 janvier 1893. Bon état général.

31 janvier, rentrée à la clinique. Au spéculum, cicatrice linéaire. A droite, dépression infundibuliforme d'où l'urine s'écoule goutte à goutte.

20 février. — Opération pour aboucher l'uretère droit,

divisé au-dessus de la fistule du côté correspondant à la fistule.

Position de Treudelenburg. Incision de 12 à 15 centimètres au-dessus du pubis. Suture des lèvres de l'incision du péritoine pariétal à chacune des lèvres correspondantes de l'incision cutanée au moyen de 2 ou 3 points de suture.

On trouve les trompes dilatées qui sont enlevées en même temps que les ovaires. Les intestins sont refoulés en haut. Incision du péritoine pelvien sur une ligne allant du fond de la vessie vers la bifurcation de l'iliaque primitive.

L'uretère est découvert, coupé. Une compresse est placée dans le cul-de-sac de Douglas pour recevoir l'urine qui s'en écoulera d'ici à la fin de l'opération.

Une sonde est introduite par l'urèthre dans la vessie qui est incisée sur cette sonde. L'incision est verticale et de 10 à 12 millimètres.

Navaro fait une incision longitudinale d'environ 1 centimètre sur la face postérieure de l'uretère, afin d'agrandir la nouvelle ouverture. Ensuite il rend ses sutures extrapéritagonale en décollant le péritoine du pubis aux sutures, en le recousant au niveau de ce foyer après avoir passé dans le péritoine décollé une mèche de gaze stérilisée.

Pas de sonde vésicale à demeure. Le mickulicz est enlevé au bout de 24 heures. Le 3^e jour, on remarque que le drain, qui de l'angle inférieur de la plaie abdominale va sous le péritoine au point d'abouchement de l'uretère sur la vessie, est imbibé d'un liquide d'odeur urineuse.

Depuis on le change tous les jours ; plus tard la plaie se

ferme et la malade est revue 9 mois 1/2 après dans une excellente santé.

OBSERVATION V

Navaro

(Transplatacion transpéritonéale de l'uretère sur la vessie pour la cure de la fistule urétéro-vaginale)

M^{me} L.-M. de Murano (Vénétie). Opération le 23 mai 1893. Même manuel opératoire que pour l'opération de l'observation IV, écoulement d'urine par le trajet du drain sous péritonéal du 7^e au 16^e jour après l'opération.

Cicatrisation complète de la plaie abdominale le 20 juin. La malade quitte la clinique complètement guérie. Six mois et demi après l'opération elle est en excellente santé.

OBSERVATION VI

Urétéro cysto-néostomie intrapéritonéale Poirrier, signalée par Boari (Traduction de Legrain)

Il s'agit d'une fistule de l'uretère consécutive à un accouchement. Laparatomie dans la position de Trendelenburg.

La présence de l'utérus et des annexes rend plus difficile la recherche de l'uretère qui dans ce cas n'était pas dilaté.

On le trouve toutefois, en cherchant au dessous du ligament large, sous forme d'un cordon blanc adhérent au vagin.

La méthode employée pour l'isoler et l'aboucher sur la vessie fut la méthode de Bazy.

OBSERVATION VII

Tuffier

Urétéro-cysto-néostomie intrapéritonéale

Madame J. . . , domestique, hystérectomie pour cancer le 9 novembre 1893.

Hémorrhagie dans l'après-midi, une des pinces du ligament large avait dérapé. L'interne la replace.

Le 21 novembre, écoulement abondant d'urine par le vagin.

Examen au spéculum le 1^{er} novembre. Petit cul-de-sac au fond du vagin. Le cathétérisme est impossible ; de même un essai de cathétérisme des uretères par la vessie reste sans résultat.

A partir du 10 décembre, la malade souffre du rein droit.

Opération le 10 décembre.

Position de Treudenburg. Incision de 12 centimètres sur la ligne médiane, l'uretère est trouvé avec difficulté. Il est incisé à ras du vagin, le péritoine étant protégé par une éponge, ensuite par des compresses.

L'incision de la vessie sur 1 centimètre est faite sans l'aide d'un cathéter introduit dans la vessie. Introduction dans l'uretère d'une sonde de caoutchouc n° 12 que l'on fait ressortir par l'urèthre.

Suture sur deux plans au catgut pour les muqueuses, à la soie fine pour les tuniques musculo-fibreuses de l'uretère à la vessie.

Sonde de Pezzer dans la vessie. La sonde urétérale est enlevée le 7^e jour, la sonde vésicale le 11^e.

La malade sort guérie le 16 janvier 1894.

OBSERVATION VIII

Penrose de Philadelphie (1).

Urétéro-cysto-néostomie intrapéritonéale.

Femme, âgée de 40 ans, atteinte de cancer utérin ayant envahi le ligament large gauche; l'uretère gauche est adhérent au néoplasme et il faut en réséquer 3 centimètres.

(1) Bulletin médical, 1894. Page 549.

M. Penrose a recours au procédé de Van Hooek (1), il passe les fils de suture à 1 centimètre au dessus du plan de section de l'uretère, de manière à obtenir une sorte d'invagination du canal dans la vessie.

Dans le cas de M. Penrose, il fallut, vu la perte de substance de l'uretère, faire l'abouchement du conduit à la partie la plus élevée de la vessie.

Suites très bonnes de l'opération, mais six mois après, récurrence du cancer.

OBSERVATION IX

Krug de Philadelphie (2)

(Urétéro-cysto-néostomie intrapéritonéale)

Femme de 30 ans, souffrant d'un fibrome depuis 6 mois.
A l'ouverture de l'abdomen adhérences générales.

L'épiploon retiré, la trompe et l'ovaire gauche sont enlevés, ligature sur le ligament rond et le ligament large.

En sectionnant le ligament rond, Krug s'aperçut que l'uretère gauche était sectionné

Une pince est placée sur chaque bout de l'uretère.

(1) Van Hooek. Bulletin médical, 1893, p. 489.

(2) Annales of Surgery, 1894, vol. 20, p. 256.

Incision à la vessie, l'uretère est traité par le procédé du Dr Van Hooek en invaginant les bouts sectionnés.

Plusieurs rangées de points de suture sont faites autour de l'orifice vésical.

Avec le péritoine, Krug refait une paroi solide à l'uretère.

Sonde à demeure dans la vessie. Elle y reste quatre jours. Pendant les deux jours suivants, la malade est sondée toutes les 4 heures.

Quatre semaines après, la malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION X (Résumée)

Rouffart

Uretéro-cysto-néostomie intra-péritonéale

(Annales des Maladies des organes génito-urinaires. Février 1895, p. 172.

La nommée X..., 26 ans, syphilitique, subit l'hystérectomie vaginale avec ablation des annexes pour métrite et salpingite purulente double, infection consécutive à un avortement. Quelque temps après cette opération, première laparatomie d'urgence pour obstruction intestinale.

L'intestin grêle s'était enroulé autour d'une bride épi-

ploiique. Déjà M. Rouffart remarque l'écoulement involontaire d'urine par le vagin.

Quelques jours après la guérison, la malade revient avec une fièvre vive (39°5) et de vives douleurs dans le côté droit.

Le 26 novembre 1894, laparotomie Nouvelle déchirure de l'intestin à cause des adhérences entre celui-ci et la paroi.

Suture de l'intestin.

Incision du feuillet péritonéal profond.

On trouve un uretère dilaté que l'on détache.

Sonde métallique dans la vessie. Incision de celle-ci sur la sonde. L'uretère est enveloppé par un repli de la paroi vésicale. Tamponnement autour de la suture et fermeture de l'abdomen.

Deux jours après, enlèvement du tampon, un point de suture est posé sur l'uretère, un autre sur la vessie pour soutenir les 2 organes et les rapprocher de la paroi abdominale. Un petit tampon est placé au dessus.

Fermeture incomplète de la paroi permettant d'enlever ce tampon. Ces deux points de suture doivent annihiler la traction qu'exerce sur la suture l'élasticité de l'uretère dans un sens, celle de la vessie dans un autre.

La malade n'a pas perdu d'urine par le vagin depuis l'opération. Un suintement d'urine s'observe au pansement du ventre.

La quantité d'urine évacuée par la vessie augmente journellement à mesure que le suintement par l'abdomen diminue.

Les produits purulents contenus dans l'urine cessent

d'exister. L'auteur donne un tableau de l'examen comparatif des urines.

OBSERVATION XI. — Pozzi (1)

Urétéro-cysto-néostomie intra-péritonéale

Madame Sidonie, âgée de 30 ans, entre à l'hôpital Broca pour une tumeur abdomino-pelvienne fluctuante non douloureuse.

Laparatomie le 30 mai 1894.

C'est un kyste du ligament large. Dissection extrêmement laborieuse. On s'aperçoit après l'ablation du kyste que l'uretère a été sectionné près de son embouchure dans la vessie.

Le bout supérieur est facilement reconnu, mais on ne peut retrouver le bout inférieur (une injection poussée dans la vessie ne passe pas dans l'abdomen).

Une sonde d'homme est introduite dans la vessie. On sectionne la paroi de celle-ci sur une longueur de 1 centimètre.

La muqueuse urétérine et la muqueuse vésicale sont alors rapprochées l'une à l'autre, au moyen de cinq fils de soie fine.

(1) Pozzi 10 mai 1895. Annales des maladies des organes génito-urinaires.

D'autres points placés à la Lembert réunissent les tuniques externes de l'uretère aux tuniques musculaire et séreuse de la vessie.

Tamponnement à la Mickulicz.

Suture partielle de la plaie abdominale.

Sonde à demeure dans la vessie.

Suites : Pas de suintement d'urine par la plaie, la sonde vésicale est retirée le 21^e jour.

Quatre poussées fébriles plus tard.

Le 6 mars 1895, la malade est revue guérie, mais elle a une légère éventration qui nécessite une intervention le 19 mars 1895.

Dans cette intervention, M. Pozzi constate en explorant les bas fonds de la vessie l'insertion d'une sorte de méso formé par un repli du péritoine. Dans ce méso, on sent un conduit large et aplati, c'est l'uretère dilaté probablement par le reflux de l'urine quand la vessie est distendue.

OBSERVATION XII

Routier

(Uretéro-cysto-néostomie-intra-péritonéale)

Malade présentée à la Société de Chirurgie, dans les termes suivants :

Laisné

Fistule urétéro-vaginale consécutive à un accouchement, guérie par l'uretéro cysto-néostomie.

La malade que j'ai l'honneur de vous présenter a 21 ans ; elle a accouché non sans difficulté en juillet 1895, on a dû se servir du forceps. Les suites ont été graves ; elle a eu de la fièvre puerpérale, et dès le 5^e jour, elle perdait de l'urine par le vagin, non toutefois sans avoir conservé le besoin d'uriner par le canal.

A son entrée dans mon service, à Necker, je constatai qu'elle perdait en effet de l'urine par le vagin, qui venait par gouttes intermittentes d'un petit pertuis profondément situé dans un enfoncement du vagin à gauche et en arrière du col.

L'observation nous montre en outre que la malade rendait par le canal, volontairement, 600 à 700 grammes d'urine normale.

La vessie distendue à 180 et 200 grammes de liquide coloré, la fistule vaginale continuait à donner de l'urine, mais ce liquide coloré restait dans la vessie et n'en sortait pas.

C'était donc bien une fistule urétéro-vaginale.

Le 16 novembre 1895, avec le concours de mon ami Bazy, j'ai pratiqué la laparotomie et l'abouchement de l'uretère dans la vessie.

Les difficultés ont été très grandes :

1^o Parce que la malade avait son utérus et ses ligaments larges.

2^o Parce que l'uretère n'était aucunement ni dilaté ni hypertrophié.

J'ai du pour trouver l'uretère le chercher d'abord à son passage au détroit supérieur; j'ai passé une soie au-dessous et de cette façon en tirant sur la soie, j'ai fini par le trouver dans le fond entre la vessie et le ligament large.

Quand l'uretère est trouvé, le reste de l'opération se fait très bien.

J'ai pu constater ce fait signalé, c'est qu'aussitôt la sonde introduite dans l'uretère, celui-ci ne laisse plus perdre une seule goutte d'urine.

Cette malade a parfaitement guéri, non sans avoir eu le premier jour une hémorragie par sa fistule vaginale due sans doute à ce que j'avais négligé la ligature d'une petite artère.

C'est de cette même malade dont M. Routier parle à la société de chirurgie, le 16 novembre 1898.

Il montre les pièces de l'urétéro-cystotomie. Cette malade a subi une basiotripsie pour un premier accouchement en 1877, et c'est en 1898, qu'on lui fait une opération césarienne à laquelle elle succombe.

Sur cette pièce on voit que les deux bouts urétéraux (bout inférieur du segment supérieur, bout supérieur du segment inférieur) sont séparés par un noyau dur et qu'il n'y a pas de communication.

Il semble que le bout périphérique se soit soudé au bout vésical primitif.

M. Bazy, dans cette discussion, rappelle la basiotripsie à laquelle il attribue la non-réussite de l'opération.

OBSERVATIONS XIII, XIV

Dans cette discussion (16 novembre 1898) M. Bazy signale deux observations.

Ce sont deux malades atteintes de fistules urétéro-vaginales qu'il a traitées et guéries avec M. Monod.

Chez ces deux malades, le rein était infecté.

OBSERVATION XV

(Baldy)

Urétéro-cysto-néostomie intra-péritonéale

(American Journal obsetrics, mars 1896)

Implantation de l'uretère dans la vessie. En énucléant un kyste intraligamentaire compliqué de pyosalpynx et adhérent aux parois pelviennes, l'uretère droit fut sectionné transversalement.

En exerçant une certaine traction sur le bout rénal, on put l'approcher de la vessie, sur laquelle il fut implanté par le procédé, que nous avons décrit, au moyen de suture.

OBSERVATIONS XVI et XVII

Amann

Urétéro-cysto-néostomie extra-péritonéale

7^e Congrès de la Société allemande de Gynécologie. Leipzig, juin 1897.

Amann signale deux observations personnelles d'urétéro-cystotomie. Les deux opérations dont il détaille surtout le manuel opératoire présente un point particulier : l'auteur rend extra-péritonéales les sutures urétéro-vésicales. Nous résumons les comptes-rendus que les journaux en firent à cette époque (*Semaine Médicale*, 23 juin 1897).

Deux cas de fistules urétéro-vésicale.

7^e Congrès de la société allemande de Gynécologie (Leipzig juin 1897).

Amann. Traitement opératoire de fistules urétérales par implantation abdominale de l'uretère dans la vessie.

Deux cas de fistules urétéro-vaginales qu'il a opérées par implantation directe de l'uretère correspondant dans la vessie, en utilisant la voie abdominale.

Les deux malades ont guéri.

Méthode opératoire. — Après une incision médiane des parois on va à la recherche de l'uretère en se guidant sur l'artère iliaque. (Dans les deux cas il était considérablement épaissi et dilaté). On pratique une boutonnière dans le péritoine et on libère complètement le canal urinaire à ce niveau. Ceci fait, on cherche le point où l'uretère pénètre dans le tissu cicatriciel du plancher pelvien, on le libère aussi à ce niveau, et après l'avoir incisé entre deux ligatures on attire son bout supérieur à travers la fente péritonéale au niveau de l'artère iliaque.

Il s'agit maintenant d'établir le nouveau chemin que doit suivre l'uretère pour arriver à la vessie, on le fait à l'aide d'un instrument mousse en partant de la plaie abdominale et en passant latéralement au niveau de la ligne innommée sous le péritoine jusqu'à la boutonnière péritonéale iliaque ; l'uretère est alors attiré par cette voie à l'aide d'une pince longuette. De cette manière au lieu de descendre dans le petit bassin, il longe latéralement celui-ci au niveau de l'os iliaque. A l'aide d'un gros cathéter on repousse la vessie à la rencontre de l'uretère et on la fixe par de nombreuses sutures dans cette nouvelle position, à peu près au niveau de la fosse iliaque interne. La vessie et le bout inférieur de l'uretère ainsi rapprochés, rien n'est plus facile, après fermeture de toutes les incisions péritonéales, y compris l'incision du péritoine correspondant à la plaie abdominale, de procéder extrapéritonéalement à la suture oblique de la suture à la vessie.

OBSERVATION XVIII

Boari. — (Annales des maladies des organes génito urinaires
99, nov. 1161)

(Urétero-cysto-néostomie par la voie sacrée).

Vincini opère une femme atteinte de carciniome de l'utérus et du vagin par la voie sacrée; il tente l'extirpation des deux. En cours d'observation, il trouve l'uretère cancéreux et est forcé en enlever une partie. L'uretère étant alors notablement raccourci et ne pouvant être mis en contact avec le bout inférieur, il pense à l'insérer sur la vessie elle-même en un point un peu plus élevé que normalement.

Réussite parfaite.

La malade, après neuf jours, meurt avec des phénomènes d'adynamie et à l'autopsie on trouve l'uretère parfaitement fixé au point où il a été greffé.

Les observations que nous donnons ici sont les plus typiques et ce sont elles qui nous ont permis de décrire les indications et le manuel opératoire de l'urétero-cysto-néostomie.

Il existe encore une douzaine d'observations dont la plupart sont consacrées à l'étude de l'emploi du bouton de Boari.

Conclusions

I. — La fistule urétéro-vaginale est une infirmité qui réclame une intervention, même quand il y a infection des voies urinaires.

II. — L'opération nous semble contr'indiquée :

1° Lorsque que le rein est très atteint ;

2° Lorsque l'infection des voies urinaires est intense et date de longtemps ;

3° Quand la fistule est survenue au cours d'un cancer de l'utérus.

III. — La néphrectomie est une opération d'exception.

La colpocleisis ne doit plus être pratiquée. L'urétéro-colostomie et l'urétéro-entérostomie sont réservées au cas où le bout de l'uretère est trop éloigné de la vessie, ou lorsque la vessie est atteinte par le néoplasme.

Les opérations plastiques par le vagin ne conviennent que lorsqu'il n'y a pas rétrécissement, que l'on

a affaire à un abouchement anormal de l'uretère, ou lorsque la fistule est mobile et le cathétérisme de l'uretère possible.

IV. — Dans tous les autres cas l'urétéro-cysto-néostomie doit être pratiquée.

Les voies sacrée, vaginale, uréthrale, sus-pubienne et transvésicale sont des voies d'exception.

C'est par la laparotomie que l'opération doit être pratiquée.

L'urétéro-cysto-néostomie intra-péritonéale diffère peu de l'extra-péritonéale, mais est préférable.

V. — Les différents temps opératoires sont :

1° Position et préparation de la malade ;

2° Incision de la paroi abdominale antérieure.
Incision médiane et longue. Valve de Doyen.

3° Recherche et découverte de l'uretère à la bifurcation de l'iliaque primitive, — Section de l'uretère, — on peut sans crainte le saisir avec des pinces à mors élastiques.

4° Ouverture de la vessie le plus près possible de l'orifice urétéral normal avec ou sans cathéter.

5° Anastomose avec ou sans le bouton de Boari et sonde urétérale.

Difficultés particulières pour la région postérieure de la greffe.

Suture des lambeaux péritonéaux ménagés dans la dissection de l'uretère.

6° Situation à donner à cette anastomose, à l'uretère et à la vessie.

C'est ainsi qu'il faut faire dans certains cas la cystopexie, précieux adjuvant de l'urétéro-cystonéostomie.

7° Drainage de préférence vaginale. Fermeture de la paroi.

Vu :

Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



Bibliographie

A. BAZŮ. — Communication Académ. de méd., 7 nov. 1893.

— Bulletin et Mém. soc. de Chirurgie, avril 1895 et mai 1893.

— Annales des Maladies des org. génito-urinaires, juil. 1894.

NOVARO. — Bolletino d. sc. med. Bologne, septembre 1893.

POZZI. — Traité de Gynécol., p. 434.

— Annales des Mal. des org. génito-urinaires, 1895.

BAUMM. — Centralb. für Chirurgie, 1892, p. 256.

BÜDINGER. — Archiv. für Klin. Chir., 1894, vol. 48, p. 670.

MAYO. — Bull. med., 1894.

PEUROSE. — Bull. méd., 1894.

CHAPUT. — Arch. génér. de Med., janvier 1894.

DE PAOLI et BUSACHI. — Annales des mal. des org. génito-urinaires, 1895.

ROUFFART. — Annales des mal. des org. génito-urinaires, 1895.

- MAUCLAIRE. — Presse médicale, 1895.
BAIGNE. — Th. Paris, 1895.
ROUTIER. — Soc. de Chir., 18 décembre 1895.
— Soc. de Chir., 16 nov. 1898.
CHALOT. — Indépendance médicale, 1896.
AMANN. — 7^e Congrès de la Soc. allemande de Gynécologie, Leipzig, 4 juin 1897.
TUFFIER. — Ann. des mal. des organes génito-urinaires, 1897.
— Soc. de Chirurgie, juin 1898.
— Traité de Chir., Duplay-Reclus.
ALBARRAN. — Soc. de Chir., 16 juin 1897.
— Traité de Chir., Le Dentu-Delbet.
PRESSAT. — Th. Paris, 1898. Uretéro-colo-néostomie.
SONEIRA. — Th. Paris, 1899. Cysto-entérostomie.
A. BOARI. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, oct., nov. 1899.

